UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que *(nome do estudante ouvinte)* assistiu à defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de *(nome do estudante)*, intitulado "*(nome do TCC)"*, de forma (*presencial/remota)*, no dia *(____/____/_____)*.

Rio de Janeiro, (*data)*.

_____

Nome e assinatura do presidente da banca examinadora